

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

Informações sobre o Paciente e sua Família (Use o verso deste formulário se o espaço não for suficiente):

Data: _____
Nome do(a) paciente: _____
Data de nascimento: _____
Endereço: _____
Cidade, Estado, Zip: _____
Telefone: _____

Parte ou Partes Responsáveis Financeiramente:

Grau de Parentesco com o Paciente da Parte ou Partes Responsáveis Financeiramente:

Sou o(a) paciente Pai ou Mãe Cônjuge
 Filho(a) adulto(a) Irmão ou Irmã Outro parentesco _____

O paciente tinha seguro de saúde na ocasião do atendimento?

Sim Não

Se respondeu Sim, anexe uma cópia do cartão do seguro de saúde (frente e verso) e forneça as seguintes informações:

Nome da Operadora: _____
Número da Apólice: _____
Número do Grupo: _____
Nome do Titular: _____

Enumere os membros da família, incluindo o paciente, cônjuge, pais, filhos e meio-irmãos que moram na casa do paciente:

| | Membros da família | Idade | Grau de parentesco com o paciente |
|----|--------------------|-------|-----------------------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

Renda: Enumere TODAS as fontes de renda das partes responsáveis, incluindo a quantia bruta (antes de impostos) proveniente de salários, aluguéis, salário desemprego, benefícios da Social Security, pensões, pensão de crianças, pensão de sustento e alimentícia, etc.:

| | Membro da família | Fonte de renda ou empregador | Renda mensal |
|----|-------------------|------------------------------|--------------|
| 1. | | | |

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

| | | | |
|----|--|--|--|
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Apresente **cópias** de dois contracheques consecutivos, cartas de adjudicação ou extratos que corroborem outras rendas, ou cópia da restituição do imposto de renda federal.

Continue na próxima página.

Ativos: Enumere os ativos financeiros como contas correntes e de poupança, certificados de depósito (CDs), ações e fundos mútuos. Não inclua aposentadoria ou planos de compensação diferida:

| Instituição financeira | Tipo de conta | Número da conta | Saldo |
|------------------------|---------------|-----------------|-------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

Apresente **cópias** do extrato atual de cada conta.

Despesas Médicas: Se houver despesas médicas de um membro de sua família que você gostaria que fossem levadas em consideração na determinação de quanto você pode pagar, forneça as informações a seguir:

Despesas hospitalares:

| Nome da instituição | Quantia paga nos últimos 12 meses | Quantia atualmente devida | Nome do(a) paciente |
|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Despesas com honorários médicos:

| Nome do médico ou da clínica | Quantia paga nos últimos 12 meses | Quantia atualmente devida | Nome do(a) paciente |
|------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |

Outras Contas Médicas:

| Nome do provedor | Quantia paga nos últimos 12 meses | Quantia atualmente devida | Nome do(a) paciente |
|------------------|-----------------------------------|---------------------------|---------------------|
| 1. | | | |

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

| | | | | |
|----|--|--|--|--|
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |

Forneça **cópias** de todos os extratos mostrando as quantias atualmente devidas.

Continue na próxima página.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

Circunstâncias financeiras extraordinárias: Preencha todas as informações aplicáveis:

Desemprego:

A parte responsável está desempregada

Último dia de trabalho: _____

Pagamento da casa atrasado:

| Endereço residencial | Aluguel ou Casa própria | Quantia em atraso (Aluguel ou principal da hipoteca e juros, imposto predial e territorial e Seguro) |
|----------------------|-------------------------|--|
| | | |

Forneça **cópias** dos extratos atuais mostrando as quantias atualmente em atraso.

Explique quais outras circunstâncias financeiras extraordinárias a parte responsável gostaria que fossem levadas em consideração na determinação do valor que ela pode pagar:

| Descreva Outras Circunstâncias Financeiras Extraordinárias | Pagamento mensal | Quantia atualmente devida | Quantia em atraso |
|--|------------------|---------------------------|-------------------|
| | | | |

Forneça **cópias** de qualquer outra documentação adicional que comprove outras circunstâncias financeiras extraordinárias que você gostaria que fossem levadas em consideração na determinação de quanto você pode pagar.

Outras partes responsáveis: Indique se há qualquer outra pessoa que não esteja listada acima que seja legalmente responsável pelo pagamento das despesas médicas do paciente como, por exemplo, um responsável legal.

- Sim, há outra pessoa legalmente responsável pelas despesas médicas do paciente.
 Não, não há nenhuma outra pessoa legalmente responsável pelas despesas médicas do paciente.

Se respondeu Sim, forneça as seguintes informações:

| Nome | Endereço | Função ou grau de |
|------|----------|-------------------|
|------|----------|-------------------|

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

| | | |
|--|--|-------------------|
| | | parentesco |
| | | |

Continue na próxima página.

Comprovação de negação do Medicaid: Forneça cópias das negações por escrito ou da MassHealth (se o requerimento não foi enviado diretamente pelo Mass. Eye and Ear), ou do programa Medicaid em seu estado.

A parte responsável reconhece que tem a obrigação de informar ao Mass. Eye and Ear qualquer alteração ou atualização no seguro.

Não envie os documentos originais. Envie somente fotocópias. Os originais não serão devolvidos.

Certificação: Através da minha assinatura neste documento, certifico que li cuidadosamente este requerimento, e todas as minhas declarações e os documentos anexados são verdadeiros e corretos, até onde me foi possível verificar. **Compreendo que é ilegal enviar informações falsas deliberadamente com o intuito de obter assistência financeira.**

Assinatura da Parte ou Partes Responsáveis:

Data _____

Se tiver alguma pergunta com relação a este formulário de requerimento ou à Política de Assistência Financeira do Mass. Eye and Ear, contate nossos Coordenadores Financeiros pelo telefone 617-573-5664 ou por email no endereço
FINANCIAL_COORDINATORS@MEEI.HARVARD.EDU.

Massachusetts Eye and Ear Infirmary
Formulário de Requisição de Assistência Financeira

Envie este formulário para:

**Massachusetts Eye and Ear
243 Charles Street
Boston, Massachusetts 02114-3096
Attn: Financial Coordinators**